

急性期病院での認知症ケアチームの取り組みについて

高松赤十字病院 神経内科¹⁾, 看護部²⁾, リハビリテーション科部³⁾,
薬剤部⁴⁾, 医療社会事業課⁵⁾, 栄養課⁶⁾, 医事課⁷⁾, 経営企画課⁸⁾

峯 秀樹¹⁾, 荒木みどり¹⁾, 長嶋真祐美²⁾, 白井 秀和³⁾, 瀧川 陽子³⁾,
石野あさ美⁴⁾, 住吉 加奈⁴⁾, 葛西真樹子⁵⁾, 大浦真奈美⁵⁾, 蜂須賀保明⁵⁾,
碓石 峰子⁶⁾, 松川祐美子⁷⁾, 鳥越 大輔⁸⁾

要 旨

当院は急性期医療を担う地域の中核病院である。平成 28 年度診療報酬改定があり、認知症ケア加算が新設され、当院では同年 4 月に認知症ケア加算 1 を申請し、認知症ケアチームを組織した。医師、看護師、社会福祉士を中心に多職種 12 名で構成した。認知症ケア委員会を定期的に開催し、認知症患者の入院環境を少しでも良くするように知恵を絞っている。平成 26 年から看護部を中心にスタートした院内デイケアの運営にも関与している。日中の覚醒度をあげることにより、夜間の良眠や鎮静剤使用量の減少が期待できる。認知症ケアカンファレンスとラウンドは全病棟で毎週、各病棟のリンクナースとともにに行っている。急な入院による混乱やせん妄などから抑制や鎮静を考慮されている患者が不快にならないように配慮できているかどうか検討している。急性期病院においてもできる限り抑制や鎮静剤を使用せず、認知症患者が快適に過ごせるように認知症ケアチームを発足した。

キーワード

認知症ケアチーム, 院内デイケア, 認知症, 認知症ケア加算

はじめに

当院は急性期医療を担う地域の中核病院であるが、神経内科の外来通院患者の約 17% は認知症であり (図 1), 入院患者の 1 割近くが認知症を合併している。高齢化社会の到来¹⁾ により、認知症患者数は約 462 万人と推定され、今後も増加が予測されている²⁾。このような状況下、平成 28 年度診療報酬改定³⁾ があり、認知症ケア加算が認

められた。当院では神経内科医、認知症看護認定看護師、社会福祉士のスタッフが常勤し、認知症ケア加算 1 の施設基準を満たしており、平成 28 年 4 月に認知症ケアチームを組織した。

取り組み

<認知症ケアチームメンバー>

医師、看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、事務の多職種 12 名で構成した (図 2)。医師 (神経内科部長) を委員長、看護師 (認知症看護認定看護師) を副委員長とした。

各メンバーの主な役割としては、医師は身体面の確認 (BPSD の原因になる身体疾患はないか) や過度な鎮静剤の使用や過剰な抑制はないかの確認、内服薬 (抗認知症薬) などのアドバイスを行っている。看護師 (認知症看護認定看護師) は生活環境面での工夫やコミュニケーション

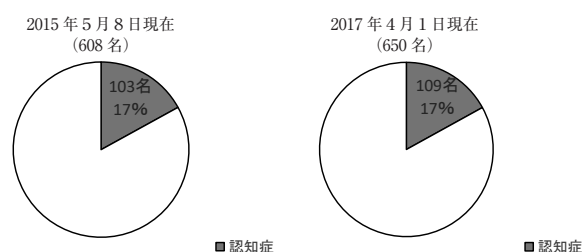


図 1 当院神経内科外来通院患者における認知症患者の割合



図2 認知症ケアチームメンバー



図3 認知症ケア委員会

方法のアドバイス、院内デイケア活動の実質的な運営、ラウンドの記録確認、病棟の認知症リンクナースの育成、リンクナースとの情報共有などを行っている。社会福祉士は環境や家族背景の把握（家族の介護への協力体制を図る）、退院支援（退院後の社会資源の活用提案）、退院調整（転院・施設入所など）を行っている。薬剤師はせん妄リスクのある薬剤のスクリーニングを行い、適切な睡眠薬の選択（不眠症のタイプに応じた眠剤の使用）の推奨（ベンゾジアゼピンが不必要に使用されていないか）、過度な鎮静剤の使用はないか確認を行っている。理学・作業療法士はリハビリテーションの状況報告と離床に関するアドバイス、必要時に長谷川式簡易知能スケール（HDS-R）を実施している。臨床心理士はカウンセリングによる精神的サポート（回想法、現実見当識の強化）、家族へのサポートのアドバイス、必要時 HDS-R を実施している。事務は事務局として認知症ケアチームの運営を行い、病院内での折衝（院内デイケアの場所の確保）、保険点数のチェックなどを行っている。栄養士は認知症による食事・栄養のアドバイス、食事形態（ゲル食・あんかけ食など）のアドバイスを行っている。そして全てのメンバーが必要・可能時に院内デイケアのサポートを行っている⁴⁾。

<認知症ケア委員会>

定期的に開催（スタート時には月に1回、その後は2-3か月に1回）し、認知症患者の入院環境を少しでも良くするようにそれぞれの職種が知恵を絞っている（図3）。平成26年から認知症看護認定看護師を中心にスタートしていた院内デイケアについても運営に関与することになった⁴⁾。



図4 院内デイケア

<院内デイケア>

入院生活は患者にとってストレスが生じやすく、一時的な認知障害を招く原因にもなりかねない。入院生活の中で少しでもその人らしく快適に過ごしていただくために毎週火・水曜日（14時から15時30分まで）に院内デイケアを行っている（図4）⁴⁾。日中の覚醒度をあげることで、夜間の良眠につながり、鎮静剤使用量の減少が期待できる。

<認知症ケアカンファレンスおよびラウンド>

全病棟で毎週、各病棟の認知症リンクナースとともに認知症のある入院患者の療養状況について検討し、その後、ラウンドを行っている（図5）。急な入院による混乱やせん妄、抜管の懸念などから抑制や鎮静剤を考慮されている患者が不快にならないように配慮できているかどうか検討している。過度の抑制にならないように代替方法はないか等を検討し、それでも抑制が必要な場合には速やかに解除できるように助言をしている。



図5 認知症ケアカンファレンス

＜認知症院内研修会＞

平成 27 年度に、看護師の認知症に対する理解を深めることを目的に、そして認知症リンクナース養成を目的として、神経内科医と認知症看護認定看護師により看護師向けに院内の認知症研修会を行った。平成 28 年度からは認知症ケアチームの立ち上げとともに、全看護職員を含めた院内スタッフ向けに認知症院内研修会を行っている。多職種のチームメンバーのそれぞれの立場から、認知症患者に対するケアについての講演を行っている。平成 28 年度は認知症看護認定看護師から、平成 29 年度は理学療法士と医事課からの講演を行った。平成 30 年度は神経内科医から「当院での認知症ケアチームについて」、薬剤師から「認知症・せん妄に関連する薬剤について」、医事課から「認知症ケア加算について」という演題で講演した。

＜診療実績＞

平成 29 年度の認知症ケア加算 1 の算定件数は毎月の新規介入件数が約 40 件程度、総件数が約 70 件前後ある（図 6）。病棟の認知症リンクナースを通じて、入院の早い段階で認知症ケアチームに患者を依頼するように働きかけている。

＜認知症ケアチームの主な関与成功例＞

- ・退院後の社会資源利用に前向きでなかった患者：院内デイケアに慣れることにより、退院後のサービス利用をスムーズに受け入れるようになった。
- ・在宅退院を強く希望した高齢独居患者：カウンセリングの介入により、現実見当識を強化して療養型病院への転院の受け入れができた。
- ・術後に点滴やドレーン等を施行され、自己抜去

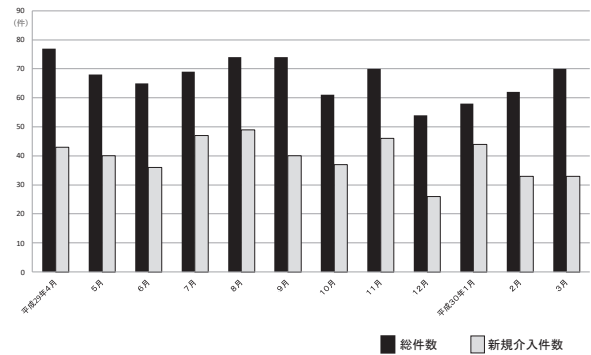


図6 平成 29 年度認知症ケア加算 1 の算定件数

したこともあり、ミトン着用され不穩の強かった患者：介入により、嚥下評価後に速やかに食上げを行い、ルートを抜去し、ミトンが不要になり、精神的に安定し、不穩やせん妄が消失した。

- ・左足の骨折を理解できず、すぐに歩こうとする患者：介入後に畳使用。現実見当識の強化を行い、室内の目立つ場所に「左足を骨折しています」「高松赤十字病院に入院しています」という紙を大きく表示し、落ち着きを取り戻した。

考 察

わが国は超高齢化社会を迎えている。平成 30 年度版の高齢社会白書（内閣府）¹⁾ によるわが国の高齢化の推移と将来推計では、65 歳以上の人口は、「団塊の世代」が 65 歳以上となった 2015 年に 3,387 万人となり、その後も増加を続け、2042 年に 3,935 万人でピークとなり、その後は減少に転じるが、総人口が減少するなかで、高齢化率はさらに上昇すると推計されている。高齢化率は 2065 年には実に 38.4% に達して、約 2.6 人に 1 人が 65 歳以上であると推計されている。高齢化に伴い、わが国では認知症や軽度認知障害（MCI）を有する患者も増加してきている。2012 年の厚生労働省研究班の調査²⁾ によると 65 歳以上の高齢者について、認知症は 462 万人（約 15%）、MCI は 400 万人（約 13%）、合わせて 862 万人と推計されている。このような状況下、平成 28 年度診療報酬改定³⁾ があり、認知症ケア加算が新設された。これまでは認知症をもつ患者が身体疾患で急性期病院に入院すると、認知症やその周辺症状により治療が思うように進まなかったり、また認知症の症状そのものが増悪し、入院期間が長くなり、また、その後の介護度が上が

り、医療機関の負担が増えることがあった。高齢化社会を迎え益々増加が予測される認知症患者が入院する際に適切な医療が受けられるように、医療機関が多職種による認知症ケアチームを組織して患者に介入することを評価する認知症ケア加算が新設された。当院では神経内科医、認知症看護認定看護師、社会福祉士のスタッフが常勤し、認知症ケア加算1の施設基準を満たしており、平成28年4月に認知症ケアチームを多職種総勢12名で組織した。

当院では既に平成26年2月から看護部主体で院内デイケア⁴⁾を開始していた。院内デイケアは現在のところ保険診療の枠組みには入っていないが、認知症を持つ患者が他の身体疾患で入院した際にその人らしく入院生活を過ごしていただけるための一助として週に2回行っていた。この院内デイケアが当院の認知症ケアチームの基礎になっている。また、認知症患者の入院環境を少しでも良くするために看護部主催で平成27年度に神経内科医と認知症看護認定看護師により院内で認知症研修会を行っていた。看護師の認知症に対する理解を深めることとともに認知症リンクナース養成を目的としていた。この院内デイケアと認知症リンクナースの存在により、平成28年度の診療報酬改定とともにいち早く4月から認知症ケアチームを組織し、認知症ケア加算1を申請することができた。

日頃の診療においてはそれぞれの診療行為についてリスクとベネフィットがあり、患者にきちんとインフォームドコンセントを行う必要がある。薬には効果とともに副作用があり、手術には合併症がつきものである。一方、院内デイケアや認知症ケアチームの活動については認知症を完治させる効果はないものの、大きなリスクを伴わない。院内デイケアを開始して約5年、認知症ケアチームを始動して約3年になるが、転倒・転落が減少した、せん妄が減少したなどの統計はまだされていない。今後、アウトカムについても検討していく必要があると思われる。しかし、認知症ケアチームの関与した成功事例が徐々に集積されている。院内デイケアの利用により退院後の社会資源の利用をスムーズに受け入れるようになったり、現実見当識の強化により病状の受け入れができて落ち着きを取り戻したりしている。院内デイケアでは普段は抑制されている患者もデイケア中はスタッフの見守りがあり、抑制解除ができ、笑

顔で趣味の手芸や書道に参加している。また、今までは不眠の患者に安易に眠剤を処方していたところをベンゾジアゼピンに頼らない他の方法をスタッフそれぞれが模索し、抗認知症薬を持参している患者にはより慎重なケアをする努力を職員全体で行っている。このように認知症ケアチームの始動により、認知症患者に病院全体で寄り添う体制を構築できたことは有意義であると思う。

認知症患者が身体疾患をかかえて当院のような急性期病院に入院した場合に、少しでも快適に入院生活を過ごしていただけるようにと認知症ケアチームを発足した。

おわりに

高齢化社会の到来により、認知症患者の数は確実に増加を続けている。急性期病院においてもできる限り抑制や鎮静剤を使用せず、認知症患者ができるだけ快適に過ごしていただけるようにと認知症ケアチームを発足した。

●文献

- 1) 内閣府、高齢社会白書、<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- 2) 朝田隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応：平成23年度－平成24年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業：2013。
- 3) 厚生労働省、平成28年度診療報酬改定について、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya>
- 4) 長嶋真祐美，峯秀樹，荒木みどり，他：急性期病院での院内デイケアの取り組みについて。日本認知症ケア学会誌16（1）：268，2017。